DISSERTATION

N° 68.

SUR

LA VARIOLE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 mars 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS-THÉODORE HÉLIE, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure;

Ancien Élève interne de l'hôtel-Dieu de Nantes.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Suppléant.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudeloque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Examinateur.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Velpeau.
Gérardin.	Rullier.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

Gage d'amour et de reconnaissance.

A MONSIEUR FOURÉ,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris; Membre de l'Académie royale de médecine; Médecin de l'hôtel-Dieu de Nantes; Professeur à l'École d'instruction médicale de la même ville, etc., etc.

A MES FRÈRES.

Témoignage d'amitié.

TH. HÉLIE

DISSERTATION

SUR

LA VARIOLE.

La variole, considérée dans son état de simplicité, se compose essentiellement de deux phénomènes qui se succèdent et se lient intimement l'un à l'autre : le premier est une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, inflammation qui constitue les prodrômes ; le second est la phlegmasie pustuleuse de la peau, qui caractérise la maladie.

On retrouve dans les prodrômes les nuances nombreuses et les divers degrés d'intensité dont est susceptible la gastro-entérite aiguë. L'irritation prédomine dans l'estomac et le duodénum, et s'étend peu dans l'intestin grêle ; rarement elle affecte au début le gros intestin.

Des frissons suivis de chaleur indiquent ordinairement l'invasion de la variole, comme celle de toutes les phlegmasies aiguës. Bientôt vient un état de malaise, de lassitude, d'abattement, et tous les symptômes de la gastro-entérite se déclarent : perte d'appétit, dégoût des alimens, soif vive, appétence des boissons froides et acides ; aversion pour les boissons chaudes et stimulantes ; sensibilité et chaleur à l'épigastre ; nausées, vomissemens, surtout après l'ingestion des alimens ; langue sèche et rouge aux bords et à sa pointe, cou-

verte au milieu d'un enduit blanc ou jaunâtre, plus épais à la base ; douleurs contusives dans le dos et dans les membres ; céphalalgie frontale, étourdissemens ; tendance à l'assoupissement chez les enfans ; fréquence et développement du pouls ; peau chaude et halitueuse ; disposition à la sueur chez les adultes ; face animée, souvent vultueuse ; respiration accélérée ; diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois diarrhée chez les enfans ; l'irritation occupe alors toute l'étendue du canal digestif : tels sont les prodrômes les plus ordinaires de la variole discrète, et souvent aussi ceux de la confluente.

Mais en général dans celle-ci le début est plus orageux ; c'est une gastro-entérite du plus haut degré. L'épigastre est extrêmement tendu et douloureux, la soif excessive ; la langue, très-sèche et d'un rouge vif à son pourtour, ne tarde pas quelquefois à se couvrir d'un enduit fuligineux ; la constipation est le plus souvent opiniâtre, d'autres fois il y a une diarrhée excessive.

La fièvre est violente, le pouls très-fréquent, large et développé, ou petit et serré ; la peau offre une chaleur vive et âcre, elle est tantôt sudorale, tantôt sèche. La céphalalgie est presque toujours très-intense, quelquefois atroce ; souvent le délire survient. La respiration est courte et fréquente, ce qui tient plutôt à l'accélération du cours du sang et à la gêne apportée dans les mouvemens du diaphragme par l'inflammation douloureuse de l'estomac qu'à une influence exercée directement sur le poumon. Souvent le malade ne parle qu'à voix basse et entrecoupée ; il a de l'enrouement, quelquefois une véritable aphonie, un sentiment d'ardeur à la gorge, un peu de difficulté dans la déglutition, une toux sèche, mais peu sonore : ce sont les symptômes d'une irritation laryngée débutante. Les reins sont fortement influencés ; l'urine, qui ne se sécrète plus qu'en petite quantité, est claire, orangée ou citrine ; sa sécrétion peut même être suspendue.

La durée des prodrômes de la petite vérole est extrêmement variable ; on lui donne en général de trois à cinq jours. Elle est un

peu plus courte dans la variole confluente que dans la discrète; c'est là tout ce qu'on peut établir de général. L'éruption paraît quelquefois dès le second jour; et souvent, au contraire, la maladie commence par une gastro-entérite aiguë ou sub-aiguë, qui dure huit, dix, quinze jours, et ce n'est qu'au bout de ce temps que se fait l'éruption, soit discrète, soit confluente, précédée seulement d'un redoublement fébrile pendant un jour ou deux.

On peut, en général, à l'intensité des symptômes précurseurs, conjecturer que l'éruption sera confluente; cependant ce principe souffre de nombreuses exceptions : à des prodrômes très-intenses peut succéder une variole discrète, et réciproquement une variole confluente peut n'avoir été précédée que d'une gastro-entérite assez légère.

En résumé, la gastro-entérite qui constitue les prodrômes de la variole ne diffère ni par les symptômes locaux, ni par les phénomènes sympathiques qu'elle détermine, de celles qui sont indépendantes de toute phlegmasie cutanée; la seule différence est dans la terminaison, qui, dans la variole, doit se faire par le transport de l'irritation à la peau. La crise est le plus souvent complète; la gastro-entérite cesse tout à fait. Quelquefois cependant elle persiste après l'éruption, et c'est une des circonstances les plus graves des varioles confluentes.

Variole discrète. Le troisième ou le quatrième jour des prodrômes, dans les cas les plus ordinaires, on voit paraître à la face de petites taches rouges, arrondies, isolées, assez semblables à des morsures de puces. Elles s'élèvent : au bout de douze heures, ce sont déjà de petits points saillans au-dessus du niveau de la peau.

L'éruption paraît d'abord au pourtour des lèvres, au menton, au front, au reste de la face; puis aux membres supérieurs, sur la poitrine, sur l'abdomen, et enfin aux membres inférieurs. La fièvre cesse dès que l'éruption est complète à la face, et souvent même avant que les boutons aient tous paru sur le reste du corps. Le mal-

aise a cessé, l'appétit revient, le trouble général est dissipé; l'irritation du canal digestif est enlevée. La phlegmasie cutanée est trop faible encore pour réagir sur les viscères, jusqu'à l'époque du gonflement inflammatoire de la face; moins sensible que la membrane muqueuse du canal digestif, la peau a des sympathies moins actives. L'irritation aiguë la plus légère de la muqueuse gastro-intestinale influence le cœur et le cerveau au point de déterminer la fièvre; il faut une irritation forte de la peau pour produire le même effet.

Dès le second jour, les petits points rouges de la face se sont transformés en boutons de forme conique. Le troisième jour, leur sommet blanchit et se déprime; il contient un peu de sérosité. La base du bouton est encore d'un rouge vif. Le quatrième ou le cinquième jour, la sérosité, plus abondante, est devenue trouble, lactescente; les boutons sont blancs dans leur totalité; la rougeur primitive a disparu; la dépression centrale est très-prononcée. Du cinquième au sixième jour, les pustules, plus grosses et remplies d'un véritable pus, s'entourent d'une aréole inflammatoire; dans leurs intervalles la peau participe à l'irritation; le tissu cellulaire sous-cutané se gonfle; la face est d'un rouge intense; une chaleur brûlante et une vive douleur s'y font sentir. Provoquée par cet érysipèle, la fièvre reparaît le sixième ou le septième jour; mais elle est légère, et ne dure qu'un ou deux jours. L'inflammation secondaire de la peau autour des pustules est un phénomène constant de la variole. Dans la discrète, l'érysipèle qui en est le résultat n'est bien prononcé qu'à la face; il persiste avec la même intensité pendant deux jours, puis il diminue et se termine constamment par résolution avant le treizième jour. Pendant sa durée, du huitième au onzième, les pustules, toujours pleines de pus, jaunissent, et la dessiccation commence.

La marche de l'éruption est la même sur le reste du corps qu'à la face; seulement comme les boutons y ont paru plus tard, ils arrivent aussi un peu plus tard à leurs diverses périodes. La peau présente quelquefois une légère tuméfaction générale avec une teinte rosée; les mains se gonflent considérablement; leur gonflement, qui tient beaucoup

plus de l'œdème que de l'érysipèle, commence un peu après celui de la face, et se prolonge aussi davantage. La dessiccation est complète le quatorzième jour, et la desquamation se fait avec rapidité.

Variole confluente. La confluence des boutons est tantôt primitive, et tantôt secondaire.

Dans le premier cas, la face se couvre de petits points rouges, si nombreux et tellement rapprochés, qu'ils se confondent; l'éruption, lorsqu'elle commence, ressemble quelquefois à un érysipèle. La face est d'un rouge foncé tirant sur le violet ; le tissu cellulaire sous-cutané peut être enflammé et tuméfié dès ce moment; en promenant le doigt sur la peau, on sent qu'elle est rugueuse. Dans le second cas, l'éruption se fait d'une manière lente et successsive; elle semblait d'abord devoir être discrète, et ne présentait aucune apparence érysipélateuse; mais peu à peu de nouveaux boutons se montrent dans les intervalles des premiers, et la confluence s'établit deux, trois, ou quatre jours seulement après le commencement de l'éruption. Ces boutons, qui ont paru plus tard, suivent une marche plus rapide que les premiers; tous arrivent en même temps à la suppuration.

Ainsi, la période d'éruption est variable dans sa durée : très-courte dans la variole primitivement confluente, elle est très-longue dans celle où la confluence ne s'établit que successivement. La distinction de ces deux sortes de varioles est importante ; la seconde se compose en quelque sorte d'une série d'éruptions discrètes, le danger est moins pressant, et l'art a plus de temps pour agir avec avantage. Dans la première, au contraire, l'inflammation cutanée est violente dès le début, et la gastro-entérite qui l'accompagne ordinairement excessive; et si l'éruption se fait simultanément sur la face, le tronc et les membres, la maladie est au plus haut degré d'intensité, et peut déterminer la mort dès les premiers jours.

Les boutons de la face, en se développant, ne tardent pas à se toucher, s'ils ne le faisaient pas dès le début ; et de la confusion des aréoles inflammatoires résulte un érysipèle intense, un gonflement énorme,

Les malades ressentent une chaleur vive, une tension douloureuse, une cuisson excessive; à l'époque de la suppuration, les pustules s'unissent, se confondent; quelquefois une seule vésicule couvre toute la face, mais ce cas est rare. Ordinairement ce sont de larges plaques formées par la réunion d'un nombre plus ou moins grand de pustules; entre elles sont des plaques plus petites et même des pustules isolées.

La phlegmasie n'est point aussi intense sur le reste du corps. Ce n'est guère qu'aux avant-bras et aux mains que les pustules deviennent souvent confluentes, et que l'inflammation secondaire prend, comme au visage, les caractères d'un érysipèle phlegmoneux.

Les pustules confluentes de la face, en se desséchant, forment une croûte rugueuse qui brunit au lieu de jaunir, comme dans la variole discrète. Toute la surface du corps répand une odeur extrêmement fétide, et les malades y éprouvent un sentiment douloureux de tension et une démangeaison insupportable. L'érysipèle du visage n'est entièrement dissipé que le treizième ou le quatorzième jour, lorsque la dessiccation y est déjà fort avancée; celui des avant-bras se prolonge quelquefois plus encore. La dessiccation et la desquamation sont longues, et n'ont même point de durée fixe.

En général, la gastro-entérite du début de la variole confluente est très-intense; aussi très-souvent l'éruption ne l'enlève pas complètement, ne fait que la diminuer plus ou moins; la fièvre continue, le malade ne se sent nullement soulagé, l'appétit ne revient point, le même état de malaise et d'inquiétude persiste; tous les symptômes de la gastro-entérite continuent.

D'autres fois, au contraire, quelle qu'ait été son intensité, la gastro-entérite est enlevée complètement à l'éruption; et malgré la confluence imminente de celle-ci, il y a toujours momentanément cessation complète ou presque complète de la fréquence du pouls, cessation du malaise, disparition des symptômes de la gastro-entérite. Cette apyrexie peut n'être que de courte durée; l'érysipèle de la face développe bientôt une fièvre plus forte et plus longue que celle de la variole dis-

crète, et réveille fréquemment l'irritation à peine éteinte dans le canal digestif. Je reviendrai plus tard sur cette époque si souvent fatale de la variole confluente.

Caractères anatomiques des pustules. La structure des pustules varioliques, décrite avec la plus grande exactitude par *Cotugno* (1) et par *Wrisberg* (2), mais long-temps oubliée après eux, a été étudiée de nouveau dans ces derniers temps.

Si, au moment où la suppuration est complète, on incise verticalement les pustules ombiliquées discrètes, qui peuvent être regardées comme le type des pustules varioliques, on voit que leur enveloppe est formée par l'épiderme, et leur base par le corps réticulaire enflammé, ou par la surface du derme rougie, tuméfiée et spongieuse. Une fausse membrane mince et molle tapisse la cavité que remplit un pus jaunâtre. Au centre est un filament dont l'extrémité supérieure s'implante au sommet de la pustule, et dont l'inférieure renflée se fixe au derme. C'est ce filet qui, retenant l'épiderme, détermine la dépression ombilicale. Il n'est pas toujours unique. M. *Rayer* (3) en a quelquefois trouvé trois dans la même pustule, un central plus court, et deux autres excentriques plus allongés. D'autres fois il manque, peut-être parce qu'une distension trop forte en a déterminé la rupture.

Plusieurs opinions ont été émises sur sa nature. Suivant les uns, ce n'est qu'un de ces filamens nombreux qui unissent l'épiderme au corion ; suivant d'autres, c'est le conduit d'un follicule sébacé, dont l'orifice est marqué par le point noir central de la pustule. Ce n'est que dans ce sens que l'on peut admettre l'idée, si souvent émise,

---

(1) *Cotugno*, De sedibus variolarum syntagma.

(2) *Wrisberg*, Commentatio de variolis, etc. (Nouveaux Mémoires de Goëttingue, 1774, t. 5, p. 66.

(3) *Rayer*, Traité des maladies de la peau, t. 1.

mais non démontrée, que les pustules ont pour base les follicules de la peau.

Ces organes sécréteurs sont situés dans l'épaisseur du derme ou à sa face profonde ; et c'est dans le corps réticulaire que se développent les pustules. Le derme n'est phlogosé qu'à sa surface dans les pustules discrètes ; et dans les confluentes, l'inflammation, aussi superficielle au début, ne gagne que consécutivement en profondeur. La perte de substance qu'éprouve le derme est due à son ulcération. Les pustules peuvent se développer à la paume des mains ou à la plante des pieds, où il n'existe point de follicules ; et l'on remarque, au contraire, que les parties qui abondent en follicules sébacés, tels que les aisselles, les aînes, les tégumens situés derrière l'oreille, sont celles où il se développe le moins de pustules varioliques. Ces pustules ne sont donc point liées nécessairement aux follicules sébacés.

Leur structure subit des modifications, lorsqu'elles deviennent confluentes. Tantôt des pustules contiguës se confondent par la destruction partielle ou complète des cloisons intermédiaires, et à chaque dépression ombilicale répond un filet; tantôt le pus est infiltré dans un tissu aréolaire et spongieux, au lieu d'être contenu dans une cavité unique.

Influences que la variole reçoit de l'âge, des constitutions et de quelques maladies antérieures. La variole est plus grave dans la vieillesse que chez les adultes, et plus grave chez ceux-ci que dans l'enfance. Chez le vieillard la peau est sèche, rigide, peu expansible; les mouvemens de l'intérieur à l'extérieur sont difficiles; l'irritation restera concentrée dans les viscères ; l'époque de la fièvre secondaire sera donc très-dangereuse. De plus, les vieillards ont moins de force de résistance vitale que les adultes ; ils doivent s'épuiser plus promptement dans une maladie longue et douloureuse, où les points d'irritation sont étendus et multipliés. La maladie est chez eux d'une lenteur remarquable.

Chez l'enfant, la mobilité des irritations et la facilité des mouve-

mens vers la périphérie, assurent le plus souvent l'innocuité de la variole. Les femmes, dont la constitution se rapproche, sous beaucoup de rapports, de celle de l'enfance, en sont en général moins gravement affectées que les hommes.

On remarque qu'elle est très-fréquemment dangereuse chez les individus sanguins et robustes, livrés à des travaux pénibles, et chez les hommes adonnés à la bonne chère et aux boissons spiritueuses. Les premiers ont le système vasculaire très-développé; toutes leurs inflammations sont violentes; l'éruption sera souvent confluente. Les derniers ont le canal digestif dans un état habituel d'excitation, de turgescence vitale, et souvent même ils portent un certain degré de gastrite chronique. L'inflammation de la muqueuse du canal digestif sera intense, opiniâtre, et prendra aisément une tournure grave.

L'état de maladie où peut se trouver un individu au moment où il est attaqué de la variole est une circonstance très-défavorable. Un sujet à peine convalescent d'une maladie qui l'a fort affaibli, ou réduit presqu'au marasme par la phthisie, les scrophules ou quelque autre affection chronique, échappera difficilement à la variole, pour peu que celle-ci soit intense. Chez ce sujet les viscères sont très-impressionnables, s'enflamment facilement, se désorganisent avec rapidité. La mort, effet de ces désorganisations, surviendra à une époque avancée de la variole ou après sa terminaison; ou bien encore ce sujet détérioré, privé du degré d'énergie vitale nécessaire pour fournir au développement de la maladie, succombera dès les premiers jours de l'éruption, quelquefois même avant que tous les boutons aient paru.

La circonstance la plus funeste peut-être pour un individu que contracte la variole, est d'être atteint d'une phlegmasie chronique des organes digestifs, et surtout d'une gastrite chronique. Elle est exaspérée par l'irritation aiguë des prodromes qui vient s'y ajouter. On sait quel est le danger d'une phlegmasie aiguë entée sur une phlegmasie chronique. L'éruption peut encore se faire et parcourir ordinairement ses premières périodes avec assez de régularité, parce que

l'inflammation de la peau opère une révulsion momentanée à l'égard de la gastro-entérite; mais celle qui persiste reçoit une impulsion nouvelle de l'érysipèle de la face, elle s'aggrave, et devient le plus souvent mortelle : l'autopsie cadavérique fait voir les traces de la phlegmasie chronique et celles de la phlegmasie aiguë. Je vais rapporter deux exemples à l'appui de cette proposition.

Ire OBSERVATION.

Un militaire, âgé de vingt-cinq ans, entra au Val-de-Grâce, au commencement de février 1826, atteint d'une gastrite intense, que l'on combattit par plusieurs applications de sangsues sur l'abdomen ; elle céda avec peine et lenteur, et n'était pas terminée lorsque le malade sortit le 4 mars. Il rentre le 10 avec une éruption variolique datant de quatre jours. Il est fort amaigri, le ventre est resté déprimé ; les pustules sont demi-confluentes à la face, et peu nombreuses sur le reste du corps ; les symptômes de gastro-entérite persistent sans être violens ; légère douleur à la pression de l'épigastre ; inappétence, soif, enduit jaunâtre de la langue. Une application de quinze sangsues à l'épigastre diminue ces symptômes. Le nombre des boutons augmente sur toute la surface du corps ; ils deviennent très-confluens à la face, où se forme un érysipèle assez intense ; le pouls prend du développement et de la fréquence ; douze sangsues placés sur les parties latérales de la face paraissent diminuer cet érysipèle, qui cède lentement. Le 17, il était presque terminé, et la dessiccation se faisait régulièrement, lorsque la gastro-entérite, qui, depuis quelques jours semblait arrêtée, reparaît avec des symptômes graves ; langue brune et sèche, soif vive, chaleur âcre de la peau, pouls plus fréquent que ne le comporte la phlegmasie cutanée. La dessiccation se fait avec régularité ; la gastro-entérite continue ; la faiblesse du sujet, l'époque avancée de la maladie contr'indiquent toute émission sanguine ; la langue se couvre d'une croûte noire, épaisse ; le pouls perd de sa force en conservant sa fréquence ; la soif,

la chaleur âcre de la peau persistent ; le malade maigrit avec rapidité et s'affaiblit de plus en plus ; il succombe le 31.

Autopsie. La surface interne de l'estomac est couverte dans toute sa partie postérieure d'une couche de mucus épaissi et grisâtre, qui se détache aisément ; la muqueuse sous-jacente est rouge, tuméfiée, ramollie, et même détruite dans quelques endroits, où la membrane musculeuse paraît à nu ; à la partie supérieure, où cesse la couche de mucus épaissi, la membrane muqueuse est d'un rouge vif uniforme, sans ramollissement. Dans les premières portions de l'intestin grêle, cette membrane est fortement injectée en quelques points ; mais elle n'offre ni épaississement, ni ramollissement. Le reste du canal est sain ; les poumons ne présentent aucune altération.

IIe OBSERVATION.

Un soldat, âgé de vingt-trois ans, à peine convalescent d'une gastro-entérite opiniâtre et rebelle, qui durait depuis six semaines, malgré un traitement antiphlogistique assez actif, est pris de la variole ; l'éruption se fait après deux ou trois jours de fièvre. Le malade entre au Val-de-Grâce (salle 20, n°. 3), le 12 janvier 1827, quatrième jour de l'éruption. Il était fort amaigri, réduit à un demi-marasme ; le ventre est déprimé, tous les muscles flasques, presque fondus. L'éruption est demi-confluente à la face ; un érysipèle intense s'y prépare ; le pouls est fréquent. Cependant il n'y a presque aucun symptôme de gastro-entérite. (*Huit sangsues à chaque angle de la mâchoire*). Le 14, le début d'une angine et d'une bronchite fait appliquer douze sangsues à la fourchette : ces deux phlegmasies paraissent céder. L'éruption marche régulièrement ; les pustules sont bien développées, l'érysipèle de la face peu considérable ; cependant le pouls est très-fréquent, la soif extrême ; il existe un état de malaise et d'abattement. Les voies gastriques continuent d'être assez bien jusqu'au 17, époque où la dessiccation commence ; alors la langue se sèche et rougit à son pourtour ; l'état de malaise augmente ; chaque nuit il y a de l'agitation et du dé-

lire ; le pouls s'accélère de plus en plus, et perd de sa force ; la gastro-entérite est manifeste, l'angine persiste. Le malade maigrit rapidement ; il succombe le 21 dans la nuit.

Autopsie. Le cerveau est consistant, très-injecté ; la surface des coupes que l'on fait dans les hémisphères est parsemée de points rouges multipliés : peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Les deux poumons offrent des adhérences anciennes ; le droit contient dans sa partie postérieure quelques tubercules isolés ; du reste, il est sain. Le gauche présente, en arrière, dans le bord mince qui termine sa base, une hépatisation assez étendue, au milieu de laquelle est une petite caverne tapissée par une fausse membrane mince. La muqueuse du larynx est épaissie et d'un rouge vif, celle de la trachée est rouge entre les cerceaux cartilagineux. La rougeur est plus foncée et uniforme dans les bronches.

L'estomac est petit, ses vaisseaux injectés. Tapissée d'une couche de mucosités blanchâtre, sa membrane interne offre dans le grand cul-de-sac des plaques rouges piquetées ; elle y est ramollie et s'enlève aisément. Dans le milieu de l'estomac, teinte pâle, avec quelques plaques grisâtres ; près du pylore, bande circulaire grise, sur laquelle sont dissiminés des points rouges. Quelques plaques brunes, peu étendues, dans le duodénum ; rougeur foncée de la muqueuse, au commencement de l'intestin grêle, dans l'étendue de huit à dix pouces, avec injection des vaisseaux intestinaux ; puis pâleur de la muqueuse et vacuité de ces vaisseaux dans une grande étendue du tube digestif : la rougeur et la décoloration alternent ainsi plusieurs fois ; mais la rougeur devint de plus en plus considérable à mesure que l'on approche de la fin de l'intestin grêle, où elle est foncée, brunâtre, et occupe une grande étendue sans interruption. Les gros intestins sont sains.

La surface interne des quatre cavités du cœur est d'un rouge vif ; elles contiennent peu de sang ; les artères sont vides ; la membrane interne de la pulmonaire présente à son origine une rougeur vive, qui disparaît peu à peu. La membrane interne de l'aorte est du rouge le

plus vif à son origine, dans une longueur de plusieurs pouces, et dans toute la circonférence de l'artère. Dans quelques points, cette rougeur semble due à une injection de capillaires extrêmement fins; plus loin, la coloration est moindre, et n'existe que par plaques rosées sur un fond clair; on ne la retrouve plus dans l'aorte abdominale. La cœliaque est d'un rouge vif dans l'étendue d'un demi-pouce et dans toute sa circonférence; les deux iliaques primitives offrent une rougeur plus claire; le système veineux ne présente aucune rougeur.

Le second de ces malades succomba le treizième jour de l'éruption, et le premier à une époque avancée de la desquamation. Je rapporterai plus loin (observation quatrième) l'exemple d'une jeune fille qui, atteinte d'une variole confluente, pendant la durée d'une gastro-entérite très-intense passée à l'état chronique, mourut le deuxième jour de l'éruption.

Considérations sur les prodromes. Les prodromes de la variole offrent quelquefois chez les enfans une bronchite légère, accompagnée de coryza et de larmoiement : on pourrait croire que c'est une rougeole qui va survenir. Mais l'irritation gastrique prédomine sur la bronchite, tandis que le contraire a lieu ordinairement dans la rougeole. L'apparition de l'éruption peut seule lever tous les doutes. La bronchite se dissipe le plus souvent à l'éruption.

L'altération de la voix, la difficulté de la déglutition, un sentiment d'ardeur à la gorge, symptômes d'une légère nuance d'angine, se rencontrent dans les prodromes de la plupart des varioles. Cette irritation de la membrane muqueuse du pharynx, du larynx et de la trachée, tend à prendre beaucoup d'intensité. Elle se fait quelquefois avant l'éruption; mais ce n'est, en général, que dans le cours de la phlegmasie cutanée.

La gastro-entérite peut être extrêmement violente, soit que la membrane muqueuse du canal digestif fût affectée de phlegmasie chronique avant l'invasion de la variole, soit que cette invasion ait été subite au milieu de la santé la plus parfaite. Dans ce dernier cas, il

est rare qu'avant l'éruption elle s'accompagne de symptômes adynamiques : la raison en est simple ; la phlegmasie est encore trop récente; les gastrites, quelle que soit leur intensité, ne présentent point ces symptômes dès leur début ; mais, dans le premier cas, ils peuvent survenir avant l'éruption.

A ce haut degré d'intensité, la gastro-entérite peut retarder l'éruption, ou plutôt la rendre pénible lorsqu'elle est commencée, et s'opposer à son développement : trop concentrée dans les viscères, l'irritation ne peut-être transportée à l'extérieur. On voit quelquefois alors l'éruption rester incomplète, et le malade succomber dès les premiers jours. Cela s'observe surtout dans la variole confluente instantanée, qui coïncide toujours avec une gastro-entérite excessive, ou lorsque la variole survient dans le cours d'une phlegmasie chronique du canal digestif.

Sans être fort intense, la gastro-entérite peut enchaîner le développement de l'éruption ; mais c'est seulement dans des circonstances particulières, par exemple, chez des sujets extrêmement débilités par une maladie quelconque. Ici l'irritation intérieure, bien que modérée, ne se déplace que difficilement à cause de l'accroissement de sensibilité qu'ont acquis les viscères. Une phlegmasie viscérale trop peu considérable pour être grave chez tout autre individu peut causer la ruine de ces sujets frêles.

On conçoit que la faiblesse des sujets, indépendamment de l'intensité absolue ou relative de la gastro-entérite, peut rendre l'éruption pénible, difficile, lente, et s'opposer au développement considérable des boutons. C'est ici le cas des vieillards, chez lesquels la variole est naturellement lente ; mais cette lenteur n'augmente pas par elle-même beaucoup le danger.

Toute phlegmasie viscérale intense peut enchaîner l'éruption, comme le fait la gastro-entérite ; mais aucune n'exerce sur elle une influence aussi puissante.

Dans les redoublemens fébriles qui précèdent l'éruption, l'encéphale est quelquefois fortement influencé par la gastro-entérite : de là le

délire, des mouvemens convulsifs ou un état de somnolence. Le délire est un phénomène fréquent des phlegmasies de la partie supérieure du canal digestif chez les sujets nerveux et irritables. Dans la variole, il cesse à l'éruption, en même temps que la gastro-entérite éprouve une rémission sensible ou cesse tout à fait. Les mouvemens convulsifs sont fréquens chez les enfans; ils sont plus ou moins forts, plus ou moins durables; les auteurs les ont décrits sous le nom d'*accès épileptiques*. Cette fréquence des convulsions chez les enfans ne doit pas étonner; on sait combien le système nerveux est irritable à cet âge : les plus légères phlegmasies déterminent souvent chez eux le délire et des convulsions. Les enfans sont quelquefois plongés dans un assoupissement plus ou moins profond, qui peut être porté jusqu'à un état comateux. Alors le pouls perd de sa fréquence, la fièvre tombe, il y a peu de chaleur à la peau, etc. Le cerveau est le siége d'une forte congestion sanguine qui comprime sa substance. L'éruption paraît enchaînée par cet état : on a remarqué qu'elle était alors toujours confluente et très-grave. « *Variolæ quotiès comatosos affectus à tergo « insequuntur, admodum confluunt.* » (SYDENHAM.)

La pneumonie est très-rare dans les prodromes de la variole, même chez les enfans; elle est plus rare encore chez les adultes. M. *Andral* (1) en cite une exemple remarquable chez un homme de vingt-deux ans. Une pneumonie bien caractérisée marqua les prodromes de la maladie; combattue avec activité, elle céda en même temps que l'éruption s'établit, et ne reparut point à l'époque de la dessiccation.

Phlegmasie des membranes muqueuses. L'éruption n'amène pas toujours la cessation des phénomènes orageux des prodromes. Elle est même quelquefois l'époque où se déclarent de nouveaux accidens.

La gastro-entérite, qui persiste si souvent après l'éruption dans les varioles confluentes, peut se résoudre graduellement à mesure que

(1) Clinique médicale, t. 2, p. 285.

les boutons se développent, et si l'érysipèle de la face est modéré et se forme avec lenteur, elle peut être dissipée complètement quand la fièvre secondaire s'allumera ; mais il est plus fréquent de la voir continuer, soit avec des symptômes évidens, soit d'une manière sourde, et recevoir de l'érysipèle de la face une intensité nouvelle. On doit donc, lorsqu'on cherche à établir le prognostic de la variole, et surtout celui de la confluente, explorer avec le plus grand soin le canal digestif. Tant qu'il conserve quelque trace de phlogose, on ne peut être tranquille sur l'état des malades : on doit craindre les accidens les plus graves à l'époque de la fièvre secondaire.

Lorsque l'éruption variolique est confluente à la face, on voit le plus souvent des pustules se développer dans l'intérieur de la bouche, au palais, à la face interne des joues et sur la langue. Leur développement est plus rare dans le pharynx, l'œsophage, le larynx et la trachée. L'éruption pustuleuse dans l'intérieur de la bouche est si fréquente, qu'elle doit être considérée comme un phénomène naturel de la variole confluente; elle est moins commune dans la discrète.

Ces pustules se montrent deux, trois ou quatre jours après le commencement de l'éruption de la face; elles sont petites, blanches, peu saillantes, aplaties, plus ou moins rapprochées, quelquefois confluentes en petites plaques de deux ou trois lignes de largeur. C'est au palais qu'elles sont plus nombreuses et plus développées; elles diffèrent des pustules cutanées; elles paraissent consister en un léger boursoufflement du derme et le soulèvement de l'épithélium par une très-grande quantité de fluide; souvent même on n'y peut distinguer aucun fluide. La dépression centrale existe dans les pustules les plus développées, mais elle n'est point constante. Après une durée de trois, quatre ou cinq jours, elle se termine par résolution ou par une sorte de desquamation sans laisser aucune trace.

Cette stomatite pustuleuse est la cause la plus fréquente de la salivation qui s'observe si souvent dans la variole confluente ; mais la salivation peut être aussi produite par une angine pharyngée, avec

ou sans pustules. Chez les malades qui succombent pendant la durée de la fièvre secondaire, et qui ont présenté une salivation abondante, on trouve constamment des traces d'inflammation dans le pharynx. Le fait suivant prouve combien la salivation est dépendante d'une phlegmasie de la membrane muqueuse. Au troisième jour d'une variole confluente une angine survient, sans que des pustules se fussent développées dans l'intérieur de la bouche, et s'accompagne d'une salivation abondante. Douze sangsues placées au-devant du cou enlèvent immédiatement l'angine. La salivation diminue de suite, cesse au bout de deux jours, et ne reparaît pas dans le reste de la durée de la maladie. Une stomatite couenneuse se développe quelquefois chez les enfans, et peut devenir fort grave.

L'angine dont j'ai signalé le début dans les prodromes de la variole acquiert souvent beaucoup d'intensité dans les premiers jours de l'éruption; c'est, en général, une phlegmasie simultanée du pharynx, du larynx et de la trachée. Elle consiste quelquefois en une éruption pustuleuse. Assez communes dans le pharynx, ces pustules sont moins fréquentes dans le larynx et la trachée, et rares dans les bronches et au commencement de l'œsophage. Elles ressemblent à celles de la bouche, mais sont moins régulières, et se présentent quelquefois sous la forme de petites plaques blanches, de figures et de dimensions variées, probablement dues à la confluence de plusieurs pustules. Cependant une obervation de *Wrisberg* (ouv. cité), et une autre rapportée par M. *Chaussier* (Bulletins de la Faculté de méd., 1814), prouvent que les pustules du larynx et de la trachée peuvent se rapprocher beaucoup de celles de la peau. La malade qui fait le sujet de cette dernière observation périt avec tous les symptômes du croup, qui n'ont eu lieu sans doute que parce qu'il y avait un nombre considérable de pustules, et qu'elles étaient très-développées. Lorsqu'elles sont petites et peu nombreuses, elles ne produisent que les symptômes ordinaires de l'angine laryngée érythémateuse. Elles se terminent presque toujours par résolution, mais quelquefois par une desquamation superficielle ou par ulcération.

Dans la plupart des cas l'angine n'est point pustuleuse. Quelle que soit l'époque où aient sucombé les varioleux qui ont présenté jusqu'au dernier moment les symptômes de cette phlegmasie, on ne trouve le plus souvent sur la muqueuse qu'une rougeur plus ou moins foncée, uniforme, ou par plaques, avec ou sans épaississement de la membrane, sans éruption pustuleuse et sans ulcération.

L'inflammation laryngo-trachéale de la variole s'accompagne quelquefois de l'exsudation pseudo-membraneuse qui constitue le croup. Les exemples n'en sont pas rares. M. *Pinel* en cite un dans sa Médecine clinique, p. 158. L'observation la plus remarquable de cette forme de l'angine est celle qui a été publiée par M. *Cas. Broussais* (1). La membrane muqueuse gastro-pulmonaire était phlogosée dans toute son étendue. Une fausse membrane continue, blanchâtre et consistante tapissait les fosses nasales, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, le larynx et le commencement de la trachée. La mort, qui survint le dixième jour de la variole, fut presque subite, et sans doute eut lieu par asphyxie. Le malade n'avait point présenté les symptômes ordinaires du croup ; la respiration était seulement devenue difficile pendant la durée de la suppuration.

Si l'on excepte les cas où, prenant la forme du croup, l'angine a causé la mort par suffocation, ce n'est point à cette phlegmasie que succombent les varioleux ; elle n'acquiert pas assez de violence pour devenir mortelle ; mais elle cause toujours beaucoup de gêne aux malades, et augmente le danger, qui est en raison du nombre comme en raison de l'intensité des phlegmasies.

On a beaucoup discuté sur la nature de la phlegmasie gastro-intestinale qui accompagne la variole. La membrane muqueuse digestive est-elle le siége d'une éruption pustuleuse plus ou moins analogue à celle de la peau, ou à celle que nous avons vu exister souvent dans

(1) Annales de la médecine physiologique, t. 9, p. 525.

la bouche, le pharynx et l'origine des voies respiratoires? Ou bien, cette phlegmasie est-elle tout à fait semblable, par ses caractères anatomiques, aux gastro-entérites qui sont indépendantes de la variole?

L'existence fréquente des pustules dans la bouche et le pharynx, et leur développement assez commun dans le larynx et la trachée, ont de tout temps porté à croire qu'une semblable éruption devait se faire dans le canal digestif, qui présente toujours des symptômes d'inflammation. *Wrisberg* me semble avoir résolu cette question, lorsqu'il dit, page 87 : « *Per universum intestinorum tractum (à pharynge ad rectî « intestini exitum) nulla pustula aut macula variolosa inveniebatur..... « In plerisque cadaveribus villosa totius canalis intestinalis inflammata « fuit. In multis gangrenâ et sphacelo correpta, ut magna villosæ « frustula abrosa essent, aut in luridas echarras, uti in dysenteriis, « mutata. Ferè in omnibus glandulæ et folliculi intestinales, tùm in te- « nuibus solitariæ et congregatæ, quàm in crassis, insigniter tume- « factæ, et quasi scirrhosæ cum notabili interdùm elevatione et duritie « conspiciuntur.* »

Lorsqu'on examine les observations que les auteurs, tant anciens que modernes, ont données sur les noms de *variole interne, d'éruption pustuleuse intérieure*, etc., on n'en trouve aucune qui soit concluante. Nulle part la structure de ces prétendues pustules n'est suffisamment exposée; nulle part on ne constate leur analogie avec celles de la peau où celles de l'origine de la muqueuse gastro-pulmonaire; nulle part, enfin, on n'a distingué ces éruptions de l'inflamtion si fréquente des follicules muqueux du canal intestinal, désignée par M. *Bretonneau*, sous le nom de *dothinentérite*, inflammation que signale *Wrisberg* dans le passage que je viens de citer.

Avant que ce mode de phlegmasie fût bien connu, il était facile de prendre pour des pustules varioliques des follicules muqueux isolés : développés par l'inflammation arrondis ou ovales, saillans sur la membrane muqueuse, présentant à leur centre un point noir ou une dépression légère, et développés souvent en très-grand

nombre, ils peuvent avoir au premier abord quelque apparence de pustules varioliques. Toutes les descriptions que les auteurs ont données des éruptions intestinales s'appliquent parfaitement à l'inflammation des follicules isolés. Ce n'est point dans l'estomac qu'ils les ont trouvées, mais dans les intestins, et particulièrement dans la seconde moitié de l'intestin grêle.

Les pustules de la variole, pourra-t-on m'objecter, ont leur siége dans les follicules sébacés de la peau; voilà donc une analogie bien grande entre l'éruption cutanée et l'inflammation intestinale folliculeuse; celle-ci peut donc être regardée comme une éruption intérieure. Mais d'abord il n'est point prouvé que les pustules cutanées aient pour base les follicules sébacés; ensuite la phlegmasie folliculeuse intestinale est le plus souvent indépendante de la variole. M. *Bretonneau* en a fait une maladie particulière. M. *Trousseau* a dit même, d'après lui, que la dothinentérite n'existe jamais dans la variole, ni dans les autres maladies éruptives (1). Je ne discuterai point si les pustules de la bouche, du pharynx, de l'œsophage et de la trachée ont ou non leur siége dans les follicules muqueux; une seule considération suffit : elles n'ont été trouvées que dans la variole.

Bichat (*Anatomie générale, système muqueux*) dit en parlant du corion des membranes muqueuses qui revêtent les organes profondément situés : « Sa différence de structure d'avec le corion cutané fait que « les boutons varioliques ne s'y manifestent jamais, tandis qu'on voit « souvent paraître ces boutons sur les surfaces muqueuses voisines des « ouvertures de la peau, spécialement sur la langue, le palais et la « surface interne des joues. » J'ajouterai que, sur la membrane muqueuse de l'entrée des voies aériennes, il existe encore un épithélium sensible, tandis que la muqueuse gastro-intestinale en est dépourvue, puisqu'il a cessé au bas de l'œsophage.

Pour concilier l'hypothèse des éruptions intestinales avec leur ab-

---

(1) Archives de médecine, n° de février 1826; Mémoire sur la dothinentérite.

sence sur les cadavres, on a dit que les malades ne succombant ordinairement qu'à une époque avancée de la variole, du dixième au quinzième jour, les pustules intestinales étaient déjà dissipées, et qu'il ne devait rester que les traces de l'inflammation; mais que si, par quelque accident ou par la violence de la maladie, les sujets mouraient dans premiers jours, l'éruption était toujours manifeste. Je puis citer les observations de deux sujets morts dans les premiers jours de la variole confluente, et qui n'ont présenté aucune éruption intérieure.

III^e^ OBSERVATION. (*Hôpital des Enfans, salle Sainte-Anne, n°.* 19, *août* 1826.)

Une enfant de deux ans, affectée de pustules syphilitiques nombreuses, et réduite à un état de maigreur extrême, mais sans affection viscérale chronique, est prise d'une variole confluente, et succombe le troisième jour de l'éruption. La membrane muqueuse du larynx est uniformément rouge, tuméfiée et couverte d'une couche mince de mucus épaissi et presque membraniforme. La muqueuses est rouge aussi dans la trachée et dans les bronches. Dans la trachée, de petites plaques de mucus concrété grisâtre sont appliquées à sa surface. La bouche, le pharynx et l'œsophage n'offrent rien de particulier. L'estomac est resserré; sa muqueuse, pâle en général, présente des plaques rouges. L'intestin est pâle dans toute son étendue, seulement à la fin de l'iléum on voit plusieurs plaques de *Peyer* rouges et légèrement saillantes.

IV^e^. OBSERVATION. (*Hôpital des Enfans, salle Sainte-Anne, n°.* 3, *juillet* 1826.)

Une jeune fille de huit ans, affectée depuis un mois d'une gastro-entéro-colite aiguë fort intense, qui avait résisté aux moyens antiphlogistiques, et tendait à passer à l'état chronique, contracte la

variole et succombe le deuxième jour de l'éruption, déjà très-confluente. Le cadavre est presque exsangue. La muqueuse du larynx est pâle, celle de la trachée un peu rouge. Le cœur contient très-peu de sang : la surface interne des oreillettes est rouge; quelques petites taches violacées se voient dans le ventricule gauche. L'aorte, qui contient peu de sang, offre sur sa membrane interne plusieurs plaques rouges isolées. L'estomac est distendu ; sa membrane muqueuse, partout épaissie et sans ramollissement, est grisâtre dans le grand cul-de-sac, et d'une couleur ardoisée uniforme vers le pylore; au milieu de la petite courbure, elle offre des taches couleur lie de vin, dues à une ecchymose du tissu sous-muqueux. Au commencement du duodénum, on voit des stries noirâtres nombreuses. Dans tout l'intestin grêle, la muqueuse est pâle, décolorée; les plaques de *Peyer* sont grisâtres : vers la fin de l'iléum, deux de ces plaques sont entourées d'un cercle rouge formé par une injection capillaire. Dans le cœcum et le colon, la muqueuse est d'un gris ardoisé et s'enlève aisément; les follicules sont développés et d'une couleur encore plus foncée; le rectum offre une teinte brune, la muqueuse est épaissie, et dans le tiers inférieur, les follicules développés sont entourés d'un cercle rouge.

Si une éruption se faisait constamment dans le canal intestinal au début de la variole, on l'eût trouvée chez ces deux sujets; mais nous ne voyons ici que des altérations tout à fait analogues à celles que l'on rencontre à la suite des gastro-entérites indépendantes de la variole, et elles coïncident parfaitement avec les symptômes observés. Dans le premier, c'est une inflammation aiguë; dans l'autre, une inflammation chronique.

Chez ces deux sujets les follicules muqueux participaient à l'inflammation. Voici un exemple bien caractérisé de la dothinentérite chez un varioleux.

Vᵉ OBSERVATION.

Un homme, âgé de trente ans, mourut le 2 septembre 1825 à l'Hôtel-Dieu, salle du Rosaire, n° 3, le onzième jour d'une variole confluente. *Autopsie.* La muqueuse de l'estomac est légèrement tuméfiée, mais sans rougeur prononcée. Dans la moitié supérieure de l'intestin grêle cette membrane est pâle, les glandes de *Peyer* et de *Brunner* sont dans l'état sain; mais dans la seconde moitié de cet intestin, la muqueuse offre une rougeur diffuse uniforme; les glandes de *Peyer* sont d'un rouge vif, très-saillantes, et les follicules qui les composent, encore distincts les uns des autres, rendent leur surface rugueuse; aucune d'elles n'est ulcérée. Les follicules isolés sont enflammés en très-grand nombre; leur volume surpasse celui d'un grain de millet; quelques-uns sont beaucoup plus gros; tous sont très-saillans sur la face muqueuse, et offrent à leur sommet une dépression légère. Les gros intestins n'offrent aucune altération.

Rien ne prouve que dans la variole il se fasse sur la membrane muqueuse intestinale une éruption pustuleuse plus ou moins analogue à celle de la peau. Les observations les plus multipliées montrent au contraire que chez les varioleux qui succombent à la gastro-entérite à une époque quelconque de la maladie, les altérations de la muqueuse digestive sont les mêmes que dans toutes les gastro-entérites, et qu'elles correspondent aux symptômes observés pendant la vie.

La phlegmasie commence, comme je l'ai dit, par l'estomac et le duodénum. Si le malade meurt dans les premiers jours, c'est là que l'on trouve les traces de l'inflammation : ce principe souffre peu d'exceptions. Si elle n'a pas été enlevée par l'éruption, elle descend dans le canal intestinal, et tend à se résoudre dans l'estomac à mesure qu'elle s'avance vers la partie inférieure; si le sujet meurt du dixième au quinzième jour, l'inflammation prédomine en général à la fin de l'intestin grêle. Cette marche descendante de l'inflammation s'observe dans la plupart des gastro-entérites intenses qui résistent aux premiers moyens anti-

phlogistiques employés, et se prolongent pendant quelque temps. Souvent l'inflammation franchit la valvule iléo-cœcale, et pénètre dans le gros intestin.: il survient de la diarrhée, que beaucoup d'auteurs ont regardée comme favorable, parce qu'elle diminue momentanément la chaleur de la peau, mais qui est en général fâcheuse, en ce qu'elle ajoute à l'épuisement et à l'amaigrissement déjà si grands à la fin de la variole confluente. S'il existe antérieurement à la variole une inflammation chronique dans quelque point du canal digestif, l'inflammation aiguë ne suit plus ordinairement la même marche ; elle prédomine dans le point primitivement irrité, s'y fixe et le désorganise. Enfin, la gastro-entérite qui a persisté après l'éruption peut se résoudre lentement dans le cours de la phlegmasie cutanée, ou bien, si les malades n'ont pas succombé dans cette longue période, elle passe à l'état chronique, et dans ce dernier cas elle est toujours funeste. Devenue chronique, elle peut occuper n'importe quel point du canal digestif, mais c'est le plus souvent la fin de l'intestin grêle et le gros intestin.

Phlegmasies intérieures qui peuvent compliquer la variole. Les exacerbations nocturnes, très-fréquentes dans les varioles confluentes, s'accompagnent souvent de délire et d'agitation, que l'on peut attribuer à un certain degré de congestion sanguine de l'encéphale; et cette opinion est confirmée par les autopsies. Ces congestions sont passagères, elles diminuent ou cessent tout à fait au matin; les malades sont calmes toute la journée. Je ne connais pas d'exemple bien constaté de phlegmasies de la substance cérébrale dans la variole; cependant il faut peut-être mettre au nombre de ces inflammations ces apoplexies, précédées de douleurs de tête et de mouvemens convulsifs, que les auteurs citent parmis les accidens des dernières périodes de la maladie. Les autopsies ne sont pas rapportées, et d'ailleurs il y a peu de temps que les symptômes et les caractères anatomiques des phlegmasies du cerveau sont bien connus.

Les inflammations de l'arachnoïde, sans être communes, ont été souvent observées. *Hoffmann*, *Freind*, *Baglivi*, *Van-Swiéten*, etc.,

signalent le danger extrême du délire qui survient après l'éruption; et, en décrivant ce délire, ils ont donné les symptômes de l'irritation des méninges. Nous ne trouvons malheureusement dans leurs ouvrages qu'un petit nombre d'autopsies, souvent incomplètes. J'ai vu plusieurs fois, dans les premiers jours de l'éruption, le début de cette irritation; attaquée de suite avec énergie, elle n'a jamais pris beaucoup d'intensité, et a cédé complètement au bout de deux ou trois jours. Nul doute que, si on l'eût laissé marcher, elle ne se fût convertie en une véritable arachnitis; pendant toute sa durée, l'éruption faisait peu de progrès; les boutons, toujours nombreux et confluens, semblaient enchaînés dans leur développement; ils restaient petits et peu élevés. Dès que l'irritation des méninges a été enlevée, ils ont marché avec rapidité.

L'arachnitis est, comme on sait, rarement primitive, mais presque toujours consécutive à une autre phlegmasie. Dans les cas dont je viens de parler, la gastro-entérite était intense et avait persisté après l'éruption; les boutons étaient confluens à la face, où l'érysipèle se formait avec rapidité. Je crois donc que l'irritation a été transmise à l'arachnoïde par les organes digestifs enflammés, et que la phlegmasie de la face, en appelant le sang avec force vers la tête, a pu faciliter cette transmission. L'arachnitis survient quelquefois sous l'influence des mêmes causes à une époque plus avancée, du sixième au douzième, dans des varioles confluentes accompagnées d'une gastro-entérite violente que l'on a laissé marcher dans toute sa force, ou qui a même été exaspérée par des stimulans. Elle accélère une mort inévitable. L'inflammation de la face, portée à un très-haut degré, paraît aussi capable de la déterminer, sans l'influence de la gastro-entérite, comme on la voit produite par des érysipèles violens de la face et du cuir chevelu. Enfin elle peut être le résultat immédiat de l'action des causes extérieures, sans le concours d'aucune phlegmasie. L'observation sixième, rapportée par M. *Leroux* (*Cours sur les généralités de la médecine pratique*, t. 1^er^ p. 138) en est un exemple. Un malade, parvenu à la fin de la période de suppuration, est exposé tout d'un

coup à un froid très-vif. Une arachnitis se déclare presque immédiatement, marche avec une excessive rapidité, et fait périr le malade au bout de dix-huit à vingt heures. « Les vaisseaux des méninges et de « l'encéphale étaient injectés; à la base du crâne, on trouva environ six « gros de sérosité trouble. Les trois ventricules étaient remplis d un « pus blanc, épais. »

La bronchite s'observe fréquemment chez les enfans, dans les prodromes de la variole, et quoique ordinairement elle se dissipe à l'éruption, on la voit souvent continuer pendant la phlegmasie cutanée. Elle est fréquente à tous les âges pendant la durée de la suppuration : l'irritation laryngo-trachéale semble se propager dans les bronches; de là une toux fréquente qui fatigue les malades, et une expectoration souvent puriforme, comme dans la bronchite de la rougeole. Chez un grand nombre de varioleux qui succombent vers l'époque de la fièvre secondaire, on trouve la muqueuse des bronches fortement enflammée.

La pneumonie est assez fréquente dans les varioles confluentes. Elle précède rarement l'éruption, mais survient seulement dans le cours de la phlegmasie cutanée ; et ici tantôt elle se montre avec ses symptômes caractéristiques, tantôt, et plus souvent, elle est latente. C'est pendant la dessiccation et la d squamation qu'elle se développe ordinairement ; la peau sèche et aride, exhalant peu, le poumon, qui la supplée, doit redoubler d'activité, et devient ainsi plus susceptible de contracter l'irritation.

La pneumonie latente, dont il importe d'étudier le développement, paraît être le plus souvent consécutive à la bronchite ; rarement on la rencontre sans que cette dernière l'ait précédée. L'inflammation passe lentement de la membrane muqueuse au parenchyme pulmonaire. Au milieu des nombreuses phlegmasies co-existantes, la pneumonie reste inaperçue, mais n'en fait pas moins de progrès ; et l'on est étonné de trouver après la mort une hépatisation ou une suppuration souvent très-considérable du poumon. C'est chez les enfans que ces hépatisations sont le plus fréquentes : on sait avec quelle facilité

la pneumonie latente se développe chez eux, soit primitivement, soit consécutivement à la bronchite, soit dans le cours de toute autre inflammation. Cette phlegmasie peut être portée tout d'un coup à l'état aigu, pendant la desquamation, par l'impression subite du froid, par l'usage prématuré des alimens, ou par d'autres causes, prendre de suite une violence extrême, et faire périr rapidement les malades. La pneumonie latente est toujours redoutable, et plus fâcheuse même que celle qui se manifeste par des symptômes évidens, parce que, méconnue, on la laisse marcher, et que souvent au moment où l'on s'aperçoit enfin de son existence la désorganisation est déjà très-considérable; aussi doit-on percuter et ausculter souvent la poitrine chez les varioleux, même lorsque leur respiration paraît le plus complètement libre.

Les phlegmasies des membranes séreuses, si l'on excepte celles de l'arachnoïde, dont j'ai parlé, sont rares dans la variole. La pleurésie n'a guère été observée. M. *Andral* (t. 3 p. 441) rapporte l'oservation d'une péricardite qui, survenue dans le cours de la suppuration, causa la mort le dixième jour. J'ai observé la péritonite dans une variole très-confluente traitée par la cautérisation. La maladie fut accompagnée pendant toute sa durée de symptômes intenses et opiniâtres d'angine et de gastro-entérite. Le dixième jour, une péritonite se déclare, et la malade succombe le lendemain. A l'autopsie, on trouva une phlogose de toute la muqueuse respiratoire; le larynx offrait une petite ulcération. Le péritoine était d'un rouge vif par plaques dans presque toute son étendue, mais principalement sur les intestins. L'abdomen contenait une pinte de sérosité purulente, jaunâtre, très-liquide; on ne remarquait point de fausses membranes; la muqueuse gastro-intestinale n'offrait aucune désorganisation, et ne conservait une rougeur prononcée que dans l'estomac; partout ailleurs elle était pâle. L'inflammation avait passé, comme cela arrive quelquefois, de la muqueuse à la séreuse, et en se développant dans celle-ci, elle avait exercé une révulsion sur la phlegmasie de la première.

L'inflammation aiguë de la membrane interne du cœur et des artères a été beaucoup étudiée dans ces derniers temps. MM. *Bertin* et *Bouillaud* (1) l'ont décrite avec soin, et en ont déterminé les symptômes propres. Ils l'on observée tantôt primitive et isolée, tantôt associée à des phlegmasies viscérales, et spécialement à des gastro-entérites intenses et à des péripneumonies. Ils l'ont souvent aussi rencontrée sur des phthisiques. M. *Tanchou* (2) a signalé le premier son existence dans la variole, et les recherches de beaucoup de médecins sont venues à l'appui de son observation. L'artérite a été rencontrée aussi dans les autres maladies éruptives.

Les caractères anatomiques de la rougeur de la membrane interne des artères, trace de son inflammation dans l'état aigu, ont été parfaitement exposés par MM. *Bertin* et *Bouillaud*. La description que M. *Laennec* (3) donne de cette rougeur y correspond exactement, quoiqu'il lui attribue une toute autre cause que l'inflammation.

Je remarquerai seulement que cette rougeur n'est pas toujours « une teinte tout à fait uniforme et semblable à celle que présenterait « un morceau de parchemin peint en rouge » (Auscult. méd., t. 2 page 599.) On distingue quelquefois sur la membrane interne de l'aorte et sur celle de l'artère pulmonaire, spécialement sur la première, une injection capillaire extrêmement fine, mais très-marquée; la rougeur se rencontre également, que l'artère soit vide ou remplie de sang, que le sang soit liquide ou en caillots. Quand il y a peu de sang, la rougeur n'est pas toujours bornée à la ligne en contact avec lui; elle peut occuper alors toute la circonférence de l'artère, aussi-bien que lorsque le sang est abondant. Elle n'est pas toujours plus foncée dans les cavités droites que dans les cavités gauches. Tout ces faits éloignent l'idée d'une simple imbibition sanguine, et confirment la nature inflammatoire de cette rougeur.

---

(1) Traité des maladies du cœur, etc., 1824.

(2) Journal univ. des sc. méd., t. 4e de 1825, p. 97.

(3) Auscult. médiate, 2e édit., t. 2, p. 599.

« On peut, suivant MM. *Bertin* et *Bouillaud*, page 69, dire qu'il « existe presque toujours une phlegmasie plus ou moins considé- « rable de l'aorte toutes les fois qu'il s'allume une fièvre extrême- « ment violente; mais alors ce n'est pas seulement l'aorte, c'est le « système vasculaire tout entier et le cœur lui-même qui participent « à l'irritation; aussi est-ce dans des cas de ce genre que nous avons « constaté une rougeur très-prononcée sur la membrane du cœur, « de l'aorte, de l'artère pulmonaire et des grosses veines. »

Cette proposition me semble trop généralisée : souvent chez des sujets morts de péripneumonie ou d'une autre phlegmasie, pendant laquelle la fièvre a été violente et le pouls très-développé, on trouve le cœur et le système artériel exempts d'inflammation; et l'on voit, au contraire, l'artérite chez des sujets dont le pouls n'a offert qu'un développement modéré, en rapport avec les phlegmasies auxquelles ils ont succombé. Il faut donc admettre que c'est par une influence spéciale des organes phlogosés que le système vasculaire reçoit, dans certains cas seulement, l'inflammation, à moins qu'il n'ait été le premier affecté.

Quoi qu'il en soit, cette inflammation paraît exister constamment dans la variole; elle naît dans le cœur et l'aorte, et tend à se propager dans les vaisseaux. Quand les malades succombent dans les premiers jours de l'éruption, la rougeur existe déjà, mais bornée au cœur et à l'origine de l'aorte. Quand ils ne succombent qu'à l'époque de la fièvre secondaire, l'inflammation occupe une portion considérable de l'aorte, ou même quelquefois toute sa longueur, l'artère pulmonaire, et souvent les veines à leur terminaison dans le cœur.

On donne pour symptômes à la phlegmasie aiguë et commençante du système vasculaire, la seule que nous devions considérer ici, des pulsations artérielles beaucoup plus fortes et plus fréquentes que dans l'état naturel, un état d'anxiété, des défaillances, etc. Lorsqu'elle est unie à des phlegmasies viscérales aiguës, ses symptômes propres ne peuvent être distingués qu'avec peine; il devient très-difficile de la reconnaître d'une manière positive. L'aortite, constante dans la

variole, doit se terminer par résolution toutes les fois que la maladie guérit; mais il est impossible de déterminer à quelle époque la résolution est complète; et c'est peut-être à la persistance de cette inflammation que l'on doit attribuer celle de l'état fébrile qui s'observe si souvent à la fin de la variole, lorsque la phlegmasie cutanée est tombée, et que celles des viscères sont dissipées depuis longtemps.

Fièvre secondaire. Nous avons vu dans l'érysipèle de la face résultant du développement des aréoles inflammatoires autour des pustules, la cause de la fièvre secondaire. Dans une variole discrète, où la fièvre primitive a cessé à l'éruption, et où l'érysipèle se forme lentement, la fièvre secondaire ne survient guère que le septième jour. Dans une variole confluente, où l'éruption a fait cesser également la fièvre du début, mais où l'érysipèle très-intense se forme dès le troisème ou le quatrième jour, la fièvre secondaire s'allume le quatrième ou le cinquième, lorsque cette inflammation est devenue assez forte pour réagir sur le cœur. L'érysipèle de la face est en raison du nombre des pustules qui s'y sont développées. Léger dans la variole discrète, il ne fait naître qu'un mouvement fébrile presque éphémère; très-intense dans la confluente, il détermine une fièvre forte, qui dure souvent plusieurs jours. L'inflammation érysipélateuse des autres parties du corps, toujours très-considérable dans ce dernier cas, prolonge la durée de la fièvre. Toutefois cette époque, si justement redoutée, de la variole confluente, offrirait peu de danger, si la phlegmasie cutanée ne réagissait sur les viscères, et spécialement sur l'appareil gastrique, et n'y réveillait avec force l'irritation. Si le canal digestif est complètement délivré de l'inflammation dont il était affecté au début, si nul autre viscère important n'est phlogosé, et si tous restent insensibles à l'influence exercée sur eux par l'érysipèle de la face, le salut du malade est assuré; la convalescence pourra être seulement plus ou moins longue, plus ou moins pénible. Mais lorsque la gastro-entérite a persisté, et même dans beaucoup de circonstance où elle

a paru cesser momentanément, si la phlegmasie cutanée la réveille avec force, lui donne une impulsion violente, le danger devient extrême ; la gastro-entérite prend aisément un haut degré d'intensité, et s'accompagne des symptômes adynamiques ; la colite, qui s'y joint souvent, l'angine et la bronchite, qui existent presque toujours, ajoutent à la gravité de la maladie, et la mort est rapide. C'est ainsi que succombent du huitième au vingtième jour la plupart des victimes de la variole confluente. Quelquefois la gastro-entérite ne joue ici qu'un rôle secondaire, et c'est une péripneumonie, une arachnitis, une péritonite qui cause la mort. L'érysipèle de la face influence ces phlegmasies, comme celle du canal digestif, quoique avec moins d'énergie.

Remarquons cependant que, bien que cet érysipèle soit la cause de l'exacerbation des phlegmasies viscérales, ce n'est ordinairement qu'au moment où il tombe que se déclarent les accidens excessivement graves de cette époque. Il exerçait une sorte de révulsion sur l'irritation intérieure ; mais, lorsqu'il cesse, rien ne balance plus l'inflammation des viscères, qui doit redoubler d'intensité. Souvent même cette intensité est telle, qu'elle détermine la délitescence de l'érysipèle avant le terme ordinaire : c'est un des cas les plus graves.

La suppuration énorme de la peau, la perte d'une grande quantité de matériaux nutritifs par la diarrhée contribuent à l'affaiblissement du sujet ; l'absorption interstitielle paraît beaucoup plus active. Aussi voit-on un grand nombre de malades maigrir rapidement pendant la dessiccation et la desquamation ; et s'ils sont assez heureux pour échapper à la mort, n'arriver à la convalescence que réduits presqu'au marasme. La résorption du pus doit concourir au développement de tant d'accidens funestes ; mais il est difficile d'assigner précisément jusqu'à quel point elle y contribue. Dans les varioles les moins graves, il se fait toujours une résorption considérable de pus, et l'on n'en voit résulter aucun accident. Ce n'est donc que la résorption trop prolongée d'une quantité trop abondante de pus, ou d'un pus altéré

par le contact de l'air, après la rupture des pustules, qui peut être fâcheuse.

C'est ici le lieu de parler de certaines modifications que peut subir la phlegmasie cutanée, modifications signalées par tous les auteurs qui les ont prises pour bases du prognostic. Ils ont toujours rangé parmi les symptômes funestes, la présence de sérosité ou de sang au lieu de pus dans les pustules, leur petitesse et leur enfoncement, leur couleur noire au commencement de la dessiccation, leur transformation en grosses phlyctènes remplies d'un liquide roussâtre, leur affaissement subit avec pâleur simultanée des aréoles, etc..... Ces divers états de l'éruption, si l'on excepte quelques exemples très-rares, coïncident avec une inflammation intense d'un ou de plusieurs viscères, surtout avec celles du canal digestif, et ne surviennent que lorsque cette phlegmasie est portée à un très-haut degré. Ainsi ils sont graves, non par eux-mêmes, mais comme symptômes d'une affection très-grave. Il en est de même des pétéchies, des sudamina, des éruptions miliaires, qui se montrent ici comme dans beaucoup de phlegmasies intenses des viscères. Ce sont, en général, des indices d'un état grave, quoique les circonstances qui président à leur développement ne soient pas bien déterminées.

La pâleur subite des aréoles enflammées et l'affaissement des pustules peuvent dépendre de deux causes, l'impression du froid extérieur, et l'excès de l'inflammation viscérale. En même temps que, sous l'influence du froid, la phlegmasie cutanée pâlit et tend à la délitescence, il se fait une congestion violente dans les principaux viscères; le malade est dans un état d'angoisse; il peut périr dans les premières heures, s'il n'est promptement secouru; ou bien cette congestion se change en une phlegmasie extrêmement intense et bientôt mortelle. Lorsque l'affaissement de l'éruption tient à l'excès de l'inflammation intérieure, sans le concours de l'action du froid, il est moins rapide, mais la maladie est peut-être plus certainement funeste.

Les réflexions précédentes s'appliquent à la terminaison de la phleg-

masie cutanée par gangrène. Elle est rare, et ne s'observe guère que lorsqu'il existe une phlegmasie viscérale très-intense, et surtout lorsque cette phlegmasie a été traitée par les stimulans. C'est ce que l'on doit conclure de toutes les observations rapportées avec soin par les auteurs.

La phlegmasie qui paraît influer le plus sur le développement de cette gangrène est la gastro-entérite. Dans quelques cas, il existait une gangrène de la membrane muqueuse. Il semble qu'alors la disposition de l'inflammation de cette membrane à se terminer par gangrène s'est répétée à la peau ; mais dans un nombre plus grand d'observations il n'y avait point de gangrène intestinale.

La gangrène de la peau n'est point due ici à la violence de son inflammation, comme cela arrive, par exemple, dans un érysipèle phlegmoneux. Elle offre la plus grande analogie avec la gangrène des vésicatoires et des points enflammés de la peau dans les fièvres adynamiques traitées par les toniques. Dans l'observation troisième, rapportée par M. *Leroux* (Cours sur les généralités de la Médecine pratique, etc., t. 1^er^, p. 119), la surface des vésicatoires se gangréna dès que les pustules montrèrent une tendance à la gangrène.

Quelques observations bien constatées prouvent que plusieurs des modifications fâcheuses de l'éruption que je viens d'indiquer peuvent survenir sans qu'il existe une phlegmasie grave des viscères. Il peut en être de même de la gangrène. L'observation cinquième de M. *Leroux* en offre un exemple remarquable. Les causes qui peuvent alors imprimer à l'éruption cette terminaison fâcheuse restent tout à fait inconnues : toutefois il ne faut pas porter un prognostic aussi défavorable que dans les cas de coexistence d'une lésion intérieure profonde. La gangrène est peu étendue et promptement bornée : la vie du malade n'est point menacée ; les ulcères qui succèdent à la chute des escharres se cicatrisent avec assez de facilité.

Après une étude exacte des influences que la phlegmasie cutanée reçoit des affections viscérales qui peuvent la compliquer, il devient facile de se faire une idée exacte des varioles malignes ou ataxiques

des auteurs. Cette ataxie est due à la coexistence d'une inflammation grave d'un ou de plusieurs viscères; et l'analyse des observations qu'ils rapportent montre que ce sont presque toujours des phlegmasies du canal digestif, de l'encéphale ou du poumon.

Phlegmasies extérieures, consécutives à la variole. A la fin des varioles confluentes, pendant la longue durée de la desquamation, les phlegmasies extérieures sont fréquentes. Ce sont des ophthalmies, des phlegmons, des érysipèles, des furoncles, etc. Plusieurs caractères sont communs à ces inflammations; une marche très-rapide, une facilité extrême à se terminer par suppuration, une tendance à désorganiser les parties qu'elles affectent. Il faut en chercher la cause dans la diathèse inflammatoire excessivement prononcée, qui règne pendant toute la durée de la variole, se prolonge après elle, et ne s'éteint que lentement pendant la convalescence.

Ces ophthalmies, toujours très-graves, paraissent quelquefois consécutives à des pustules développées sur la cornée; mais ordinairement ces pustules se terminent par résolution, comme celles de la conjonctive, sans causer d'accidens : le plus souvent les ophthalmies surviennent sans avoir été précédées de ces pustules. Elles sont à craindre lorsque l'éruption est très-confluente à la face et l'érysipèle fortement prononcé. On conçoit que l'œil, entouré de tous côtés par une vive inflammation, peut aisément s'enflammer aussi. Tantôt c'est une phlegmasie de tout l'organe, tantôt, et plus souvent, c'est une phlegmasie de la cornée, qui se termine promptement par ramollissement : cette membrane se perfore, les humeurs s'écoulent, l'œil se vide et s'atrophie. L'art parvient quelquefois à arrêter la marche de l'inflammation; la perforation n'a pas lieu; mais la cornée, profondément altérée dès le début, reprend difficilement sa transparence. L'ophthalmie qui n'a pas été domptée dans l'état aigu peut passer à l'état chronique, et aboutit toujours à la désorganisation.

Souvent, pendant la dessiccation, tourmentés par un prurit insupportable, les malades se grattent avec une sorte de fureur; ils se dé-

chirent ; il en résulte une irritation vive de la peau. J'ai vu des malades déterminer ainsi la formation de plusieurs érysipèles phlegmoneux, qui, débutant avec intensité, menaçaient de devenir fort graves, s'ils n'eussent été promptement arrêtés par des applications de sangsues.

A une époque plus avancée, lorsque les croûtes sont tombées, il survient fréquemment sur les membres un nombre plus ou moins considérable de furoncles ou de petits phlegmons qui se convertissent promptement en abcès. Les érysipèles de la face et des membres sont également communs. La cause de ces phlegmasies est la persistance de la diathèse inflammatoire et de l'excessive irritabilité de la peau ; l'impression du froid, l'alimentation prématurée, peuvent contribuer, à leur développement. On peut voir, dans tous les auteurs, les formes nombreuses de ces inflammations consécutives à la variole confluente, et les désordres effroyables qu'elles sont capables de produire. Je n'en citerai qu'un seul exemple, recueilli dernièrement à la clinique de M. *Broussais*.

VI^e^ OBSERVATION.

Un soldat, âgé de vingt-six ans, était convalescent d'une variole confluente : toutes les croûtes étaient tombées depuis quelques jours, lorsqu'il survint un aphthe douloureux à la face interne de la joue droite, très-près de la commissure. Il l'irrita fortement en se frottant les dents avec une brosse rude. L'aphthe se change de suite en un ulcère, qui s'accroît rapidement et s'étend en avant. Il est douloureux et fournit fréquemment du sang : en deux jours, il a gagné la commissure des lèvres et se montre au-dehors. Le malade ne s'en plaignit pas au médecin. Les deux jours suivans, l'ulcère attaque la commissure et la portion adjacente du bord libre des deux lèvres, et détruit, dans l'étendue de quelques lignes toute l'épaisseur de ces parties, perpendiculairement de la membrane interne à la peau. Il a pris en même temps tout l'aspect d'un ulcère carcinomateux ; ses

bords sont renversés en dehors ; sa surface, inégale et brunâtre, exhale une odeur fétide, et donne souvent du sang en abondance. La joue et les lèvres sont gonflées, tendues et rouges ; la douleur est excessive ; il est impossible d'ouvrir la bouche ; il n'y a point de fièvre. M. *Broussais* observa alors le malade pour la première fois, le 9 novembre, et prescrivit une application de douze sangsues au pourtour de l'ulcère, un cataplasme et des fomentations émollientes. Les piqûres des sangsues donnèrent beaucoup. Le 10, l'ulcère continue à faire des progrès. (*Six sangsues.*) Le 11, la destruction augmente encore ; elle semble s'étendre à cinq ou six lignes au-delà de la commissure et un peu moins dans chaque lèvre : même aspect de l'ulcère, même fétidité, hémorrhagies fréquentes ; impossibilité d'ouvrir la bouche. Cependant la douleur est moindre ; il y a moins de gonflement et de rougeur aux environs. (*Six sangsues.*) Le 12, l'ulcère a cessé de faire des progrès. (*Huit sangsues.*) Le 13, mieux sensible ; ses bords se sont affaissés ; et leur affaissement montre déjà que la destruction est moindre qu'elle ne le paraissait. Sa surface fournit souvent encore du sang ; mais elle est moins inégale, moins rouge, moins fétide : le contour est toujours très-dur ; le gonflement de la joue et des lèvres a cessé ; la douleur est bien moindre ; le malade peut entr'ouvrir la bouche et prononcer quelques mots, quoique d'une manière défectueuse. On voit que l'ulcère s'est moins étendu dans la bouche qu'à l'extérieur. (*Six sangsues.*) L'amélioration continue les jours suivans ; les hémorrhagies cessent ; la surface ulcérée, moins rouge, moins inégale, se couvre de croûtes minces, qui tombent et sont remplacées rapidement ; elle diminue d'étendue par l'affaissement des bords, sans qu'il se forme encore de cicatrice. Enfin, le 24, la cicatrice paraît commencer ; l'ulcère n'a plus que quelques lignes d'étendue, et offre le meilleur aspect. Le 29, un érysipèle partant de l'ulcère envahit la joue gauche ; une application de quatre sangsues l'arrête à son début. Quelques jours après, survient un autre érysipèle, plus considérable, qui cède également à une application de sangsues. La cicatrisation de l'ulcère ne fut plus en-

travée : elle était complète le 6 décembre. La déperdition de substance était trois fois moins considérable qu'on n'aurait pu s'y attendre. La dureté de la commissure rendait encore la prononciation difficile et vicieuse ; et la difformité était choquante. Mais peu à peu cette partie s'assouplit ; et lorsque le malade sortit, à la fin de décembre, la prononciation était redevenue presque naturelle, et il n'y avait qu'une très-légère difformité.

Que l'on rapproche cette observation des destructions horribles de la face, dont les auteurs citent tant d'exemples, on verra quelle est l'activité de l'inflammation désorganisatrice, et quelle est la puissance du traitement antiphlogistique habilement employé.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET.)

I.

Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *ahp.* 19.

III.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

IV.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum : intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

VI.

A morbo bellè comedenti nihil proficere corpus, malum est. *Sect.* 2, *aph.* 31.